# BLUTUNGEN ALS DIAGNOSTISCHES HILFSMITTEL IN DER GYNAEKOLOGIE.

---

## INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE

**ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE**

IN DER

## MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER

## MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

**AM 8. FEBRUAR 1895**

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTEIDIGEN WIRD


DER VERFASSER

**Emil Graetz**

aus Sommerfeld in Brandenburg.


---

**OPPONENTEN:**

Herr cand. med. A. Hammer.
„ cand. med. R. Friedeberg.
„ Dr. med. A. Grotjahn.

---


BERLIN

C. VOGTS BUCHDRUCKEREI (E. EBERING).

Linkstrasse 16.

Dem Andenken

meiner teuren Eltern.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41535707_0052

Die gynäkologische Diagnostik ist im Wesentlichen eine Errungenschaft unseres Jahrhunderts. In ihm erst wurden Spekulum, Sonde und kombinierte Untersuchung methodisch ausgebildet und allgemein angewendet, während man früher lediglich darauf angewiesen war, das Abdomen von aussen abzutasten und durch Einführung von 1 oder 2 Fingern Veränderungen der Scheide und der Portio wahrzunehmen.

Nachdem im Anfange dieses Jahrhunderts der Gebrauch des Spekulums als wichtiges diagnostisches Hilfsmittel allgemein geworden war, wurde ein weiterer Fortschritt vor circa 35 Jahren durch Einführung der Sonde gemacht. Mittelst derselben lernte man den Uteruskanal aufsuchen und sich über Grösse und Lage des Uteruskörpers orientieren. Einen gewaltigen Aufschwung hat in neuester Zeit die gynäkologische Diagnostik durch Einführung der kombinierten Untersuchung genommen. Durch sie ist man in der Lage, sich über die Verhältnisse sämtlicher Beckenorgane ein klares Bild zu verschaffen.

Und doch begegnen dem Arzte, trotz dieser eminenten Fortschritte in der gynäkologischen Untersuchung, Fälle, in denen es ihm nicht möglich ist, eine Diagnose mit Sicherheit zu stellen. Hierher gehören beispielsweise die Fälle, in welchen man zwar an eine Veränderung des Endometrium oder an eine Verlängerung des Uteruskavum

denken muss, in denen man aber von der Sonde keinen Gebrauch machen kann, sei es, dass Verdacht auf Gravidität, sei es dass entzündliche Processe in der Umgebung des Uterus oder frische Entzündungen des Uterus selbst eine Kontraindikation abgeben.

Mitunter stösst man auch, besonders bei Mädchen und jungen Frauen, auf erhebliche Schwierigkeiten, ja sogar auf einen unüberwindlichen Widerstand, wenn man sie veranlassen will, sich einer gynäkologischen Untersuchung zu unterziehen. Sie verlangen zunächst, dass sich der Arzt aus den Beschwerden, welche sie angeben, ein Urteil über die Natur ihres Leidens bildet.

In derartigen Fällen hilft uns ein sorgfältig angestelltes Krankenexamen öfters aus der Verlegenheit, und zwar sind häufig genaue Angaben über Blutungen von ganz besonderem Werte. Aus ihrer Art ist man oft berechtigt, wichtige diagnostische Schlüsse zu ziehen. Wir werden dies am besten dadurch beweisen, dass wir die Blutungen, wie sie bei den verschiedenen Erkrankungen des weiblichen Sexualapparates vorkommen, einzeln studieren und beschreiben. Dabei wird es sich zeigen, dass wir hauptsächlich bei den Krankheiten des Uterus Typen von Blutungen antreffen. Blutungen, welchen mehrmaligen Erkrankungen zu Grunde liegen, und solche, welche in das Gebiet der Geburtshilfe gehören, sollen nicht erörtert werden.

Blutungen bei Ovarienerkrankungen sind nicht grade häufig. Bei chronischer Oophoritis, noch seltener bei beginnender Tumorenbildung, begegnet man Menorrhagien.

Bei chronischer Oophoritis ist die Regel öfters stark und unregelmässig, dabei findet man sehr häufig Dysmenorrhoe. Die Schmerzen, welche recht beträchtlich sein können, sitzen meist in der einen resp. bei doppelseitiger Erkrankung in beiden Seiten des Abdomens, haben einen mehr entzündlichen, ziehenden Charakter und persistieren

gewöhnlich während der ganzen Dauer der Periode, obwohl auch mitunter die Beschwerden mit dem reichlichen Fliessen der Menses bedeutend nachlassen.

Aeusserst selten sieht man bei kystomatöser Entartung verstärkte Menstruationsblutungen. Sie verdienen wenig Beachtung, weil sie auf das Befinden der Frau meist keinen Einfluss haben.

Frau D. 33 Jahre alt.

Anamnese: Erste Periode mit 16 Jahren, regelmässig alle 28 Tage, 3 Tage dauernd, mässig stark, ohne Beschwerden. Nachdem sie sich im Dezember 1879 verheiratet hatte, gebar sie 4 ausgetragene Kinder, das letzte im Dezember 1883; Geburten und Wochenbetten sollen normal verlaufen sein. Von der letzten Entbindung an leidet sie an Ausfluss, der anfänglich gelb und stark war, nach und nach aber weisslich und schwach wurde; ferner an Schmerzen in der rechten Seite des Abdomens, welche sich bei körperlichen Anstrengungen bedeutend zu steigern pflegen. — Nachdem sie ihr letztgeborenes Kind $1^1/_4$ Jahre lang genährt hatte, kam die Periode wieder. Diese ist von da ab stets sehr unregelmässig und profus. Vor 3 Wochen war die Periode zu Ende. Nach 14tägiger Pause trat abermals eine sehr heftige Blutung auf, welche jetzt noch in gleicher Stärke besteht.

Status: Uterus von normaler Konsistenz, nicht vergrössert; Cavum misst 7 cm, nicht erweitert, ohne Rauhigkeiten.

Linke Tube wenig verdickt. Rechts vom Uterus das bedeutend vergrösserte und empfindliche Ovarium.

Diagnose: Oophoritis dextra.

Obwohl bei Entzündungen der Tuben das klinische Bild häufig genug dadurch verwischt wird, dass sie mit Erkrankungen anderer Genitalorgane vergesellschaftet sind, so begegnet man doch öfters bei ihnen Blutungen, auch wenn Komplikationen nachweislich fehlen.

Bei der einfachen katarrhalischen, wie bei der eitrigen Salpingitis sieht man ab und zu, dass die Periode verstärkt, verlängert, unregelmässig ist und von lebhaften Schmerzen begleitet wird. Doch besteht bei Pyosalpynx die Blutungsanomalie in der Mehrzahl der Fälle in irregulären, mitunter recht erheblichen, schmerzhaften Blutabgängen.

Fräulein K. 26 Jahre alt.

Anamnese: Erste Periode mit 14 Jahren, regelmässig alle 4 Wochen, 4 Tage dauernd, mässig stark. Am 11. August 1893 hat sie ein ausgetragenes Kind spontan geboren, Wochenbett normal. 6 Wochen nach der Entbindung erschien die Periode wieder. Sie ist von da ab ebenfalls regelmässig und mässig stark, wird aber von lebhaften Schmerzen in beiden Seiten begleitet. — Die letzte Periode war vor 14 Tagen beendet. Vor 6 Tagen bekam Patientin eine heftige Blutung, welche heute noch besteht. Dabei hat sie lebhafte Schmerzen in beiden Seiten.

Status: Uterus normal. Rechts von ihm ein länglicher Tumor von Faustgrösse, mittelst eines Stieles an das rechte Uterushorn herangehend. Linke Tube daumendick.

Diagnose: Pyosalpynx duplex.

Frau W. 33 Jahre alt.

Anamnese: Erste Periode mit 14 Jahren, regelmässig alle 26 Tage, 2—3 Tage dauernd, schwach ohne Beschwerden. Verheiratet im September 1883. Im Dezember 1883 normale Geburt. Im Februar 1885 Abort von 6 Monaten, spontan. Später noch 4 normale Entbindungen, letzte am 10. August 1891. Ende September 1891 kam die Periode unverändert wieder. Im August 1892 bekam Patientin heftige Schmerzen im ganzen Leibe, welche nach ärztlicher Behandlung in kurzer Zeit verschwanden. Im Dezember 1893 bekam sie wieder heftig stechende Leibschmerzen, diese sind nicht mehr ganz ver-

schwunden, lassen zeitweise an Heftigkeit nach und werden bei körperlichen Anstrengungen stärker. Letzte Regel war am 25. Mai dieses Jahres zu Ende. Am 1. Juni bekam Patientin eine 5 Tage lang dauernde erhebliche Blutung, eine zweite trat am 9. Juni auf, dauerte 2 Tage, eine dritte am 24. Juni, 8 Tage dauernd. Jedesmal hatte Patientin dabei heftige Schmerzen.

Status am 3. Juli 1894: Geringes schleimiges Sekret. Hinter dem Uterus eine weiche, aus 2 Absätzen bestehende Resistenz von unregelmässiger Form. Von ihr geht beiderseits je ein dicker Stiel an die Uterushörner heran.

Diagnose: Pyosalpynx duplex.

Frau Sch. 33 Jahre alt.

Anamnese: Erste Periode mit 17 Jahren, regelmässig alle 4 Wochen, 8 Tage dauernd, stark, ohne Beschwerden. Verheiratet im März 1886. Zuerst 2 normale Geburten. Hierauf ein Abort (von 5 Monaten) im Dezember 1891, spontan verlaufen. 14 Tage später heftige, ziehende Leibschmerzen, welche nach vierwöchentlicher Behandlung mit warmen Umschlägen verschwanden. Im September 1893 letzte Entbindung, normal. Patientin hat bis 9. Juni dieses Jahres genährt. Am 18. bekam sie die Periode wieder, welche heute noch, also seit circa 4 Wochen, vorhanden ist. Dieselbe war in den ersten 8 Tagen stark, wurde dann aber schwächer. Seit Beginn der Blutung leidet Patientin an Ziehen im Kreuz und an Schmerzen in beiden Seiten des Leibes.

Status: Uterus normal gross, retroponiert, ohne Rauhigkeiten, 7 cm lang. Rechte Douglasfalte infiltriert. Rechte Tube sehr empfindlich, im abdominellen Teile adhärent. Linke Tube ebenfalls schmerzhaft, etwas weniger verdickt.

Diagnose: Salpingitis duplex. Retropositio uteri.

Von den Entzündungen des Beckenbauchfells und

des Beckenbindegewebes interessieren uns hier nur ihre Residuen, welche ab und zu Anlass zu nicht unerheblichen Blutungen geben. Als Ueberreste abgelaufener Peri- oder Parametritiden sehen wir entweder Verklebungen und Adhäsionen zwischen den Organen des kleinen Beckens oder eingedickte, harte Exsudatmassen.

Durch die Adhäsionsbildungen wird der Uterus häufig dislociert und dauernd fixiert, es entstehen in ihm Stauungen. Die Blutungen, welche man an diesen Fällen antrifft, bestehen meist in verstärkten, langdauernden Menstruationsblutungen, welche von heftigen krampfartigen Leib- und Kreuzschmerzen begleitet werden.

Durch die eingedickten Exsudatmassen kommt es häufig zu Blutungen, weil sie wie andere harte Beckentumoren wirken und durch ihren Druck den Abfluss des venösen Blutes aus dem Uterus sehr erschweren. Dabei sind die Blutungen mitunter sehr profus, dauern oft Wochen lang und sind meist atypisch.

Frau V. 32 Jahre alt.

Anamnese: Erste Periode mit 16 Jahren, regelmässig alle 28 Tage, 3 Tage dauernd, schwach, ohne besondere Beschwerden. Verheiratet im Juni 1887. Sie hat 4 ausgetragene Kinder spontan geboren, das letzte im Juli 1891. 3 Monate nach der letzten Entbindung erkrankte sie an Diphtheritis, 7 Wochen später bekam sie eine Stimmbandlähmung, welche sich bald verlor. Im Januar 1892 kam die Periode wieder. Sie ist von da ab nicht mehr so regelmässig wie früher, ist stärker und dauert 9 Tage. Seit der letzten Entbindung leidet Patientin an Kreuz- und Leibschmerzen, welche sich während der Menstruation erheblich zu steigern pflegen.

Status: Keine Sekretion. Uterus normal gross, ohne Rauhigkeiten, keine Empfindlichkeit gegen die Sonde, retroponiert, fixiert. Beide Douglasfalten schmerzhaft infiltriert, verkürzt.

Diagnose: Parametritis posterior. Retropositio uteri fixata.

Frau H. 32 Jahre alt.

Anamnese: Erste Regel mit 14 Jahren, regelmässig alle 4 Wochen, 8 Tage dauernd, mässig stark, 2 Tage vorher geringe Leibschmerzen. Verheiratet im Oktober 1890. Im Oktober 1893 spontane Geburt, Wochenbett angeblich gut verlaufen. 6 Wochen später Periode, wieder regelmässig, nur 3 Tage dauernd, keine Beschwerden vorher. Die letzte Periode begann, wie erwartet, vor 6 Wochen und ist jetzt noch nicht verschwunden. Sie ist von Anfang an stark, von krampfartigen Leibschmerzen begleitet.

Status: Ausfluss nicht vorhanden. Uterus normal gross, ohne Rauhigkeiten, retroponiert, durch perimetrische Stränge fixiert.

Diagnose: Parametritis posterior. Retropositio uteri fixata.

Frau K. 34 Jahre alt.

Anamnese: Erste Periode mit 14 Jahren, regelmässig alle 4 Wochen, 5 bis 6 Tage dauernd, mässig stark, ohne Beschwerden. Verheiratet im Oktober 1889. 3 spontan verlaufene Geburten, letzte im Dezember 1892. Nach den ersten beiden Entbindungen nochmals Wochenbett. Unmittelbar nach der Geburt des dritten Kindes sehr starke Blutung wegen teilweise adhärenter Placenta. Dieselbe wurde manuell gelöst, worauf die Blutung stand. Der Wochenfluss war übelriechend, es wurden deswegen Scheidenausspülungen mit Holzessig gemacht. 6 Wochen später stellte sich stark eitriger Ausfluss ein, der 4½ Monate bestanden hat. Später war die Periode ebenso, wie früher. Mitte Oktober 1893 bekam Patientin plötzlich eine sehr starke Blutung, welche 10 Wochen andauerte, nach und nach, ohne besondere ärztliche Behandlung, schwächer wurde und verschwand. Vor 3 Wochen bekam Patientin heftige Kreuzschmerzen und eine mässig starke Blutung.

Dieselbe dauerte 3 Tage, an ihre Stelle trat dann rötlicher Ausfluss, welcher seit einigen Tagen verschwunden ist.

Status: Geringer, blutiger Ausfluss. Uterus normal gross, ohne Rauhigkeiten, dextroponiert. Links von ihm ein den hinteren linken Quadranten ausfüllendes, breit an das Becken herangehendes, hartes empfindliches Exsudat.

Diagnose: Parametritis exsudativa inveterata post partum. Dextropositio uteri.

Auch eine Haematocele retrouterina kann Blutungen hervorrufen, sobald sie eine grössere Geschwulst bildet. Der Uterus wird durch sie stark nach vorn gegen die Symphyse gedrückt, anteponiert, dadurch entstehen in ihm Blutstauungen.

Die Blutungen, welche durch Haematocele retrouterina verursacht werden, sind selten stark. Meist handelt es sich um spärlichen, kontinuierlichen langdauernden blutigen Ausfluss von hellroter Farbe. Sie schliessen sich häufig direkt an die Menstruation an, so dass die Frau deswegen ärztliche Hilfe nachsucht, weil „die letzte Periode kein Ende nehmen will“. In anderen Fällen stellt sich die Blutung ein, nachdem die Periode ein oder mehrere Male ausgeblieben oder schwach aufgetreten war. Dann hat man Veranlassung, an geplatzte Tubenschwangerschaft oder an Tubenabort zu denken, weil es bekanntlich durch sie am häufigsten zur Haematocelen-Bildung kommt. Diese Vermutung gewinnt noch an Wahrscheinlichkeit, wenn die Kranke angiebt, dass sie „eine Haut“ verloren hat.

Frau W. 33 Jahre alt.

Anamnese: Erste Regel mit 16 Jahren, regelmässig, 8 Tage dauernd, stark, ohne Beschwerden. Verheiratet im Mai 1890. Am 7. Mai 1893 Geburt, spontan verlaufen, Wochenbett normal. Im Dezember 1893 kam die Periode wieder, war regelmässig, aber etwas schwächer als bisher. Letzte Regel 8—15. April dieses Jahres. Am 30. Mai trat ohne äussere Veranlassung eine Blutung auf, welche jetzt

noch besteht, also schon seit 3 Wochen vorhanden ist. Die Blutung ist schwach, das Blut hellrot. Patientin fühlt sich zwar sehr schwach, hat aber über Schmerzen irgendwelcher Art nicht zu klagen.

Status 19. Juni 1894: Scheide und Portio in geringem Maasse aufgelockert. Uterus normal gross, etwas weich, stark anteponiert. Hinter ihm eine den Douglas ausfüllende Geschwulst, die eine weiche, eindrückbare Stelle zeigt. Rechts eine verschiebbare enteneigrosse, mässig harte Geschwulst, welche sich mit einem ziemlich breiten Stiele an das rechte Uterushorn ansetzt.

Diagnose: Haematocele retrouterina. Graviditas tubaria dextra rupta.

Frau W. 40 Jahre alt.

Anamnese: Erste Periode mit 15 Jahren, regelmässig alle 28 Tage, 5 Tage dauernd, stark, ohne Beschwerden. 1889 Abort (von $3^1/_2$ Monaten) ohne starke Blutung, mit Ausräumung. Wochenbett verlief gut. 21. Juni 1890 Entbindung mittelst Forceps, Kind 5 Monate lang genährt. Hierauf Periode unverändert, wie früher, bis 14. Mai dieses Jahres. Letzte Regel begann am 14. Mai, die Blutung war von Anfang an schwach. Seit dieser Zeit blutet Patientin fortwährend, das Blut ist hellrot und flüssig. Sie hat dabei wehenartige Schmerzen im Leibe. Vor 6 Tagen bekam sie ausserordentlich heftige krampfartige Leibschmerzen, welche fast gänzlich verschwanden, nachdem vor zwei Tagen eine Haut abgegangen war. Die Haut, welche Patientin mitbringt, erweist sich als Abguss des uterus bicornis.

Status 25. Juni 1894: Vagina und Portio etwas aufgelockert. Uterus etwas vergrössert, etwas weicher als normal, stark anteponiert durch eine im Douglas liegende festweiche Geschwulst, welche sehr empfindlich ist. Rechte Tube stark verdickt.

Diagnose: Haematocele retrouterina. Graviditas tubaria rupta.

Frau S. 32 Jahre alt.

Anamnese: Erste Periode mit $13^1/_2$ Jahren, 8 Tage dauernd, mässig stark, ohne Schmerzen. Verheiratet im April 1885. Juni 1885 Abort (von 2 Monaten) mit Ausräumung. Juli 1886 und August 1887, je eine normale Geburt. Oktober 1889 Abort (von 4 Wochen) mit Ausräumung. Oktober 1891 abermals Abort mit Ausräumung. Hierauf Periode unverändert, wie bisher. Vor 4 Wochen stürzte Patientin von der Treppe. Seitdem klagt die bis dahin ganz gesunde Frau über heftige Schmerzen im Leibe, ferner über Drang zum Urinlassen. Am 2. Juli dieses Jahres kam die Periode zur erwarteten Zeit. Sie war 3 Tage lang stark. Seitdem blutet Patientin kontinuierlich, die Blutung ist schwach.

Status: Uterus stark anteponiert durch einen den Douglas ausfüllenden, mässig schmerzhaften, nach oben nicht deutlich abgrenzbaren Tumor von ungleicher Konsistenz.

Diagnose: Haematocele retrouterina.

Wir kommen jetzt zu dem wichtigsten Teile unserer Erörterungen, zu der Besprechung der Blutungen bei den verschiedenen Krankheiten des Uterus. Grade hierbei werden wir eigentliche Typen von Blutungen kennen lernen, wir werden sehen, dass man oft diesbezügliche genaue Angaben seitens der Patientin für die Diagnose verwerten kann.

Unter den Erkrankungen des weiblichen Genitalapparates, die zu Blutungen führen, spielt eine ganz hervorragende Rolle die chronische Entzündung der Gebärmutterschleimhaut, die chronische Endometritis. Nicht nur bei der hämorrhagischen Form treffen wir Blutungen an, sondern oft genug auch bei der katarrhalischen, deren Hauptsymptom die Produktion eines schleimig eitrigen Sekretes bildet.

Die Blutungen bei Endometritis sind durch folgende Punkte charakterisiert:

Sie treten fast stets als Menorrhagien auf, können jedoch auch mal, bei längerem Bestehen der Krankheit, ihren typischen Charakter verlieren und zu Metrorrhagien werden.

Alle Momente, welche die Herzthätigkeit steigern, führen zu Verstärkungen der Menstruation, wohl auch mal gelegentlich zu irregulären Blutungen.

Die Periode ist meist mit Schmerzen verbunden. Dieselben sind wehenartig, beginnen gewöhnlich einige Tage vorher und lassen mit dem reichlichen Fliessen der Menses nach.

Schliesslich kann man noch aus den Angaben der Kranken über Beginn und Aetiologie der Blutungen Anhaltspunkte für die Diagnose Endometritis gewinnen. Giebt eine Patientin, welche gut auf sich achtet, an, dass seit einem Abort oder einer Entbindung die Periode stark, langdauernd, schmerzhaft ist, hat sie womöglich noch im Wochenbette Fieber und übelriechenden Ausfluss gehabt, so hat man Grund, diese Menorrhagien als Symptom einer bestehenden Endometritis aufzufassen. Dies gilt auch für die Fälle, in denen Frauen seit ihrer Verheiratung über Menorrhagien klagen und, von Beginn ihrer Ehe an, deutliche Zeichen von Gonorrhoe an sich tragen, gelben Ausfluss, Brennen beim Wasserlassen, Blasenbeschwerden, Sterilität u. a. m.

Zu erwähnen ist noch, dass bei Endometritis die Menstruation oft über das gewöhnliche Alter hinaus besteht, so dass Frauen von 50 Jahren und noch mehr über erhebliche Menorrhagien zu klagen haben.

Frau H. 41 Jahre alt.

Anamnese: Erste Periode mit 16 Jahren, regelmässig alle 30 Tage, 5 Tage dauernd, mässig stark, ohne Schmerzen. Verheiratet im Juni 1873. Zuerst 2 normale Geburten,

letzte im April 1883. Im Dezember 1885 Abort (von 3 Monaten): 10 Tage lang starke Blutung mit Abgang von grossen schwärzlichen Stücken. Dann noch 8 Wochen lang schwache Blutung. 14 Tage nach Beginn der Blutung heftiges Fieber, Schmerzen im Leibe und übelriechender Ausfluss. Diese Beschwerden hielten ungefähr 6 Wochen an. Der Arzt machte Ausspülungen und verordnete Medicin. Seit diesem Abort klagt Patientin über Kreuzschmerzen. Ungefähr 3 Monate nach dem Abort kam die Periode wieder. Sie war von da ab sehr stark, dauerte länger als bisher und kam sehr oft, zunächst alle 10 Tage, später alle 14, schliesslich alle 18 Tage. Seit 1888 kommt sie regelmässig alle 3 Wochen, ist ausserordentlich profus, hält 8—9 Tage an, 2 Tage vorher krampfartige Leibschmerzen. Am 21. Juni dieses Jahres war die letzte Periode zu Ende. Am 27. Juni stellte sich eine starke Blutung ein, welche 8 Tage anhielt.

Status 11. Juli 1894: Scheide im oberen Teile strikturiert. Uterus in geringem Grade retroponiert, normal gross, im Fundus Rauhigkeiten zu fühlen. Patientin wird kürettiert.

Diagnose: Der mikroskopische Befund lautet: Endometritis interstitialis.

Frau M. 42 Jahre alt.

Anamnese: Erste Regel mit 15 Jahren, ziemlich regelmässig alle 4 Wochen, 8 Tage dauernd, schwach, ohne Beschwerden. Verheiratet im Juli 1878. 9 normale Geburten, zwischen ihnen ein Abort von 3 Monaten, spontan verlaufen. Letzte Entbindung (Frühgeburt von 7 Monaten) im Dezember 1893. Bald hierauf Schmerzen in der linken Seite, welche mit warmen Umschlägen behandelt wurden und nach 4 Wochen verschwunden waren. Seit dieser Entbindung ist die Periode unregelmässig, kommt meist früher. Sie ist sehr profus. Während der ersten Tage und kurz vorher wehenartige Leibschmerzen. Am 8. Juli

dieses Jahres letzte Regel zu Ende. Seit dem 15. abermals mässig starke Blutung, dabei Schmerzen im Kreuz und im Leibe.

Status 18. Juli 1894: Mässig starke Blutung. Uterus hart, retroponiert, in geringem Grade vergrössert. An der hintern Wand sind deutliche Rauhigkeiten zu fühlen.

Diagnose: Endometritis haemorrhagica. Die mikroskopische Untersuchung der kürettierten Massen ergiebt eine diffuse Endometritis.

Frau G. 35 Jahre alt.

Anamnese: Erste Regel mit 12 Jahren, regelmässig alle 4 Wochen, 4 Tage dauernd, schwach. Verheiratet im Mai 1880. Zuerst 7 spontane Geburten mit normal verlaufenen Wochenbetten, letzte im Februar 1892. Hierauf Periode unverändert, wie früher. Im Oktober 1892 Abort (von 3 Monaten) mit Ausräumung. Patientin hat hierauf noch 2 Monate lang schwach geblutet. Ende April 1894, also vor circa 10 Wochen, abermals Abort (von 6 Wochen) mit Ausräumung, darauf noch 14 Tage anhaltende geringe Blutung. Als die Blutung stand, bekam Patientin gelblichen Ausfluss, Kreuzschmerzen und Brennen im Leibe. Der Ausfluss verschwand nach 3 Wochen, während die übrigen Beschwerden jetzt noch vorhanden sind. Vor 4 Wochen stellte sich die Periode wieder ein, sie ist aber heute noch vorhanden. Die Blutung war in den ersten 8 Tagen sehr stark, dabei waren die Leibschmerzen besonders heftig und nahmen einen krampfartigen Charakter an. Die Blutung wurde nach und nach schwächer und ist heute gering. Auch die übrigen Beschwerden haben bedeutend nachgelassen. Bei jeder körperlichen Anstrengung, ja sogar schon beim Gehen, wird die Blutung erheblich stärker.

Status: Mässig starke Blutung. Uterus normal

gross, von normaler Konsistenz. Im Fundus erhebliche Rauhigkeiten.

Diagnose: Endometritis haemorrhagica.

Frau H. 50 Jahre alt.

Anamnese: Erste Periode mit 17 Jahren, regelmässig alle 4 Wochen, 2—3 Tage dauernd, schwach, am ersten Tage geringe Leibschmerzen. Verheiratet im März 1861. 3 normale Geburten, zwischen ihnen 2 spontan verlaufene Aborte. Letzte Entbindung am 16. Januar 1881. Seit November 1892 ist die Periode sehr profus und sehr unregelmässig, das Blut geht häufig zu Stücken koaguliert ab. Seit dieser Zeit hat sie auch Schmerzen in beiden Seiten, welche sich während der Periode erheblich zu steigern pflegen.

Status: Uterus nicht vergrössert, von normaler Konsistenz, aus ihm heraus kommt stückiges Blut. Uteruscavum weit, zeigt starke Rauhigkeiten.

Diagnose: Patientin wird kürettiert. Der mikroskopische Befund lautet: Endometritis glandularis.

Typisch ist die Blutung in frischen Fällen von Endometritis post abortum. Diese Form der Endometritis, welche man meist nach Aborten, sehr selten nach Geburten sieht, entsteht dadurch, dass die Uterusschleimhaut, anstatt sich zu involvieren, in einen entzündlichen Wucherungszustand übergeht. Oder aber die Decidua stösst sich unvollkommen ab, es enstehen Inseln decidualer Massen, und um sie herum findet eine starke Schleimhautwucherung statt.

Aus der Anamnese ersieht man meist ohne Schwierigkeit, dass die Frau vor kürzerer oder längerer Zeit abortiert hat. Trotzdem aber das Ei mit den dazu gehörigen Gebilden ausgestossen oder manuell entfernt worden war, hatte die blutige Ausscheidung nicht, wie gewöhnlich, am 4. oder 5. Tage des Wochenbettes aufgehört. Sie hat

diesen Termin überschritten und dauert auch jetzt noch schon seit Wochen oder Monaten an. Diese Blutung ist seit Entleerung des Uterus im Allgemeinen schwach, pflegt aber bei jeder körperlichen Anstrengung an Stärke erheblich zuzunehmen. Das Blut ist nicht, wie im Beginn des Abortes, schwärzlich und zu Stücken koaguliert, sondern hellrot und dünnflüssig. Dabei hat die Patientin keine Schmerzen, vorausgesetzt, dass nicht eine Infektion stattgefunden, oder eine Entzündung schon vorher bestanden hat.

In andern Fällen von Endometritis post abortum sind Abort und Wochenbett normal verlaufen. Nach kurzer Zeit wird die Patientin von einer Blutung überrascht, welche zuerst stark ist, bald aber schwach wird und dann ganz den Charakter der oben geschilderten Blutung hat.

Frau Sch 26 Jahre alt.

Anamnese: Erste Periode mit 13 Jahren, regelmässig alle $3^1/_2$ Wochen, 2 Tage dauernd, schwach. Letzte Regel Ende Februar 1894. Ende April bekam Patientin krampfartige Leibschmerzen und eine heftige Blutung. Nach 2 Tagen ging „ein grosses Stück“ ab. Von da ab blutet sie kontinuierlich. Die Blutung ist schwach, das Blut nicht mehr, wie anfangs, dunkel und stückig, sondern hellrot und flüssig. Gestern wurde die Blutung beim Heben eines schweren Gegenstandes sehr stark, heute ist sie wieder schwach.

Status 11. Juli 1894: Scheide und Portio ein wenig aufgelockert. Uterus etwas weicher, als normal. Das Uteruscavum ist weit und zeigt mässig starke Rauhigkeiten.

Diagnose: Endometritis post abortum.

Frau R. 34 Jahre alt.

Anamnese: Erste Regel mit 17 Jahren, regelmässig alle 28 Tage, 3 Tage dauernd, mässig stark, 2—3

Tage vorher etwas Kreuz- und Leibschmerzen. Verheiratet im November 1886. Zuerst 3 normale Geburten (letzte im November 1890). Im Mai 1892 Frühgeburt von 8 Monaten, spontan verlaufen. Am 1. Mai 1894 Abort (von 3 Monaten). Es traten Wehen auf, und bald wurden die Frucht, sowie 2 Stücke koaguliertes Blut ausgestossen. Am nächsten Tage erfolgte die Ausstossung der Nachgeburt spontan, ohne dass sich vorher eine Blutung eingestellt hatte. Nach vier Tagen wurde Patientin von einer starken Blutung überrascht, das Blut war anfangs dunkel und stückig. Diese wurde nach einiger Zeit schwach, besteht jetzt noch, trotzdem inzwischen 3 Monate vergangen sind, und wird bei jeder körperlichen Anstrengung viel stärker. Das Blut ist hellrot.

Status 26. Juli 1894: Uterus normal gross, durch para- und perimetrische Stränge nach hinten fixiert. Im Fundus Rauhigkeiten, die unter dem Mikroskope das Bild einer Endometritis post abortum ergeben.

Diagnose: Endometritis post abortum. Peri-parametritis posterior.

Frau H. 25 Jahre alt.

Anamnese: Erste Periode mit 16 Jahren, regelmässig alle 4 Wochen, 3—4 Tage dauernd, schwach. Verheiratet: 1. Oktober 1890. 3 spontan verlaufene Geburten, letzte am 14. August 1893. Im Januar 1894 setzte Patientin das Kind ab, da die Periode eintrat. Sie war jetzt unverändert, wie früher. Letzte Regel am 25. März 1894, sie war sehr schwach. In der Nacht zum 2. Juni bekam Patientin Wehen und am nächsten Morgen eine starke, $1^1/_2$ Stunden dauernde Blutung, ohne dass Stücke abgingen. Es wurde deshalb ärztliche Hilfe in Anspruch genommen. Man fand die Frucht in der Scheide liegend, diese wurde, da der innere Muttermund für 1 Finger nicht durchgängig war, tamponiert. Am nächsten Morgen wurde manuell aus-

geräumt. Seit 3 Tagen blutet Patientin. Die Blutung ist mässig stark, das Blut hellrot. Schmerzen sind nicht vorhanden.

Status 22. Juni 1894: Uterus im geringen Grade vergrössert. Innerer Muttermund geschlossen. Im Uterus fühlt man mit der Sonde Rauhigkeiten.

Diagnose: Endometritis post abortum. Diese Diagnose wird durch die mikroskopische Untersuchung bestätigt.

Im Anschluss an die Endometritis will ich noch auf die Blutungen eingehen, welche gelegentlich durch Erosionen an den Muttermundslippen hervorgerufen werden. Stets gehört bei ihnen zur Erzeugung einer Blutung ein traumatisches Moment, ein Druck gegen die Erosion. Solche Momente sind beispielsweise eine Kohabitation, eine schwere Defäkation, ja sogar schon die Einführung eines Milchglasspekulums. Tritt aber ausserdem, auch ohne eine derartige Veranlassung, eine Blutung auf, so darf man die Erosion als Ursache derselben nicht auffassen. Bei Carcinom der Portio und des Cervix stellt sich häufig nach der Kohabitation eine starke Blutung ein, sie ist mitunter das erste Zeichen dieser malignen Erkrankung, welches bemerkt wird. Doch treten hierbei, auch ohne jeden Anlass, Blutungen auf, meist in Gestalt von profusen Metrorrhagien. Ferner sieht man Frauen öfters bei andern Uteruserkrankungen nach einem Trauma bluten, besonders bei Polypi mucosi, bei Endometritis, bei Inversio uteri. In solchen Fällen haben die Kranken stets ausserdem noch über Blutungen zu klagen, welche für diese Affektionen charakteristisch sind.

Frau W. 33 Jahre alt.

Anamnese: Erste Periode mit 16 Jahren, regelmässig alle 3 Wochen, 1—3 Tage dauernd, schwach, 3—4 Tage vorher geringe Kreuz- und Leibschmerzen.

Verheiratet im Mai 1886. Im Mai 1890 Zangengeburt, normales Wochenbett. Hierauf Periode unverändert.

Letzte Regel Mitte Februar dieses Jahres. Anfangs März entstand beim Heben eine starke, 12 Tage andauernde Blutung. Eine zweite trat aus derselben Veranlassung am 8. April auf, sie hielt bis zum 29. April an und war in den ersten Tagen ausserordentlich stark. Wenige Tage darauf bekam Patientin ohne jede Ursache „einen Blutsturz". Die Blutung hielt 3 Wochen an. Vor 14 Tagen wurde die Kranke abermals von einer heftigen Blutung überrascht. Dieselbe war mehrere Stunden sehr stark. Seitdem blutet sie immer nur wenig. Das Blut soll öfters schmutzig braun aussehen. Ausserdem klagt Patientin über Druck und Schmerzen in der linken Seite.

Status 31. Juli 1894: Blutig schleimiger Ausfluss. Uterus etwas vergrössert. Cervix in grosser Ausdehnung exulceriert. Im linken Parametrium harte, knollige Massen fühlbar.

Diagnose: Carcinoma cervicis et parametrii sinistri.

Frau W., 27 Jahre alt.

Anamnese: Erste Regel mit 16 Jahren, selten, unregelmässig, schwach, langdauernd, ohne Beschwerden.

Im Oktober 1886 normale Geburt, später Periode regelmässig alle 4 Wochen, wenige Tage dauernd, mässig stark. Verheiratet im November 1893. Seitdem Brennen beim Urinlassen, gelber Ausfluss, Kreuzschmerzen, beim Coitus Schmerzen und lebhafte Blutungen. Ausserdem ist die Periode seit der Verheiratung sehr profus, 8 Tage vorher und an den ersten beiden Tagen wehenartige Schmerzen im Leibe, Kreuzschmerzen und Schwindelanfälle.

Status: Aus der Urethra eitriger Schleim. Scheide fleckig gerötet. Aus dem Muttermund fliesst dünnflüssiges, eitriges Sekret hervor. Geringe Erosion an der Portio. Uterus normal gross, retroponiert Douglasfalten empfindlich verdickt.

Diagnose: Endometritis purulenta. Urethritis, Kolpitis maculosa, Erosio, Parametritis posterior, Retropositio uteri.

Da die Schleimhautpolypen fast stets die Folgen chronischer Uteruskatarrhe sind, so empfiehlt es sich, jetzt, nach Beschreibung der bei diesen vorkommenden Blutungen, auf diejenigen einzugehen, welche durch Schleimhautpolypen hervorgerufen werden und für diese Geschwülstchen charakteristisch sind.

Wir finden bei Schleimhautpolypen zwar öfters, besonders anfänglich, erhebliche Menorrhagien. Doch pflegen im Grossen und Ganzen mehr die unregelmässigen Blutungen in den Vordergrund zu treten. Die Blutungen nehmen bei jedem Insult, welchen der Polyp erfährt, beim Heben, bei der Kohabitation, kurz, bei jeder körperlichen Anstrengung erheblich an Stärke zu (oft genug werden sie erst durch ein derartiges Moment erzeugt) und sind noch dadurch ausgezeichnet, dass sie häufig ein oder mehrere Tage intermittieren. Sie sind bald stärker, bald schwächer, ohne indess das Leben der Kranken zu gefährden.

Frau S., 45 Jahre alt.

Anamnese: Erste Periode mit 18 Jahren, alle 28 Tage, 3 Tage dauernd, schwach. Verheiratet im Februar 1870. 12 normale Geburten, dazwischen 2 spontan verlaufene Aborte. Im Februar 1892 13. Entbindung. Wegen Querlage Wendung. Nachgeburt von selbst ausgestossen. Nach 8 Wochen kam die Periode wieder, sie war dann ebenso wie früher. Seit Januar dieses Jahres ist sie zwar regelmässig, hält aber 8 Tage an. Letzte Regel vor 8 Wochen (vorhergehende nicht so stark, wie früher). Seitdem blutet Patientin. Die Blutung wird beim Heben und bei der Kohabitation erheblich stärker und lässt manchmal 3-4 Tage nach. Patientin hat dabei Kreuzschmerzen und Brennen im Leibe.

Status 8. Juli 1894:

Anamnese: Uterus normal gross, retroflektiert, leicht aufrichtbar. Aus dem äussern Muttermunde ragt ein daumenlanger Schleimhautpolyp hervor.

Diagnose: Polypus mucosus cervicis. Retroflexio uteri mobilis.

Frau K., 52 Jahre alt.

Anamnese: Erste Periode mit 16 Jahren, alle 4 Wochen, 8 Tage dauernd, stark ohne Beschwerden. Verheiratet 1865. 7 spontan verlaufene Geburten, letzte im Dezember 1883. Hierauf Periode unverändert. Letzte Regel war vor 5 Wochen zu Ende. Seitdem besteht eine starke Blutung, welche manchmal 1 oder 2 Tage aussetzt und bei jeder körperlichen Anstrengung ausserordentlich profus wird.

Status 8. Juli 1894: Uterus normal gross, ohne Rauhigkeiten, von normaler Konsistenz, retrovertiert, mobil.

Aus dem Muttermunde ragen ein fingerlanger und 2 kleinere erbsengrosse hochrote Polypen hervor.

Diagnose: Polypi mucosi cervicis.

Von den Lageveränderungen des Uterus spielt die Retroversio und die Rotroflexio eine wichtige Rolle in der Aetiologie der Blutungen. Wenn man bedenkt, dass beide Lageanomalien dieselben Erscheinungen machen können, und dass die Retroversio sehr häufig ein vorübergehender Zustand ist, welcher entweder zur Norm zurückkehrt oder in Retroflexio übergeht, so ist man berechtigt, beide Affektionen zusammenzufassen und kurzweg von Retroversio-Flexio zu sprechen.

Dass hierbei Blutungen ein sehr häufig vorkommendes Symptom sind, erklärt sich daraus, dass durch die Lageveränderung im Uterus venöse Stasen entstehen, ganz abgesehen davon, dass sich bei längerem Bestehen dieser stauungserzeugenden Ursache eine Endometritis entwickeln kann.

Die in der ersten Zeit des Puerperiums entstehenden Retroversio-Flexionen können so starke Blutungen erzeugen, dass das Leben der Wöchnerinnen ernstlich gefährdet wird. Von ihnen soll nicht weiter die Rede sein.

Obwohl die genannten Lageveränderungen sich meist im Wochenbette entwickeln, so kommen sie doch überwiegend häufig erst später, oft genug erst nach Jahren zur ärztlichen Behandlung.

Die Blutungen sind bei Retroversio-Flexio das wichtigste Symptom. Es ist für sie charakteristisch, dass sie fast ausnahmslos als Menorrhagien auftreten. Die Menstruation ist sehr profus, langdauernd und kehrt in vielen Fällen in immer kürzeren Intervallen wieder.

Dysmenorrhoe ist hierbei, im Gegensatz zu Endometritis, nicht sehr häufig. Sind jedoch Beschwerden bei der Regel vorhanden, so pflegen sie einen solch hohen Grad, wie bei jener Affektion, nicht zu erreichen.

Eigentümlich ist es ferner den Blutungen bei Retroversio-Flexio, dass sie, selbst nach jahrelangem Bestehen, sofort verschwinden, sobald die Deviation beseitigt und die normale Lage durch Einlegen eines passenden Pessars gesichert ist.

Häufig haben Frauen in dem Wochenbette, in dem die Beugung oder Knickung entstanden ist, abnorm viel und lange geblutet, so dass eine diesbezügliche Angabe in zweifelhaften Fällen mal zu verwerten ist.

Schliesslich sei noch erwähnt, dass bei Frauen mit Retroversio-Flexio, auch wenn sie nähren, die Periode oft sehr frühzeitig wiederkehrt.

Frau R., 26 Jahre alt.

Anamnese: Erste Periode mit 18 Jahren, unregelmässig, 8 Tage dauernd, mässig stark, am ersten Tage krampfartige Leibschmerzen. Verheiratet am 12. Mai 1888. 29. März 1889 normale Geburt. Mai 1890 2. Entbindung, spontan verlaufen. Der blutige Wochenfluss hielt $^1/_4$ Jahr

an, Patientin war deswegen aber nicht in ärztlicher Behandlung. 4 Monate nach dieser Geburt kam die Periode wieder. Sie erscheint von da ab alle 25 Tage und ist ausserordentlich profus, ohne von Schmerzen begleitet zu sein. Seit der Entbindung muss Patientin oft Urin lassen, hat unbedeutenden weisslichen Ausfluss und ab und zu etwas Kreuzschmerzen.

Status: Geringer, schleimiger Ausfluss. Kleine Erosion der hinteren Lippe. Uterus normal gross, von normaler Konsistenz, ohne Rauhigkeiten, retroflektiert, die Aufrichtung gelingt.

Diagnose: Retroflexio uteri mobilis. Catarrh. cervicis levis.

Frau B. 26 Jahre alt.

Anamnese: Eine Geburt, später ein Abort, beide spontan verlaufen. Wochenbetten normal. Seit dem Abort ist die Regel sehr profus, kommt häufig in kürzeren Intervallen wieder. Seit dieser Zeit leidet Patientin an Kreuzschmerzen, geringem weisslichen Ausfluss und Stuhlverstopfung.

Status: Uterus retroflektiert, mobil, ohne Rauhigkeiten. Ganz geringer schleimiger Ausfluss aus dem Cervix.

Diagnose: Retroflexio uteri mobilis. Catarrh. cervicis levis.

Frau Auguste Sch., 26 Jahre alt.

Anamnese: Erste Regel mit 15½ Jahren, regelmässig, 8 Tage dauernd, mässig stark, ohne Beschwerden. Verheiratet 1885. September 1886 spontan verlaufene Geburt. Dezember 1888 spontan verlaufene Geburt. Nachgeburt musste manuell gelöst werden. Hierauf Periode unverändert. März 1891 3. normale Entbindung. Nach mehreren Tagen Fieber und Schmerzen in beiden Seiten, dieselben verschwanden in einigen Tagen. Seit längerer Zeit ist die Periode zwar regelmässig, aber sehr stark und lang-

dauernd. Die letzte trat, wie erwartet, Ende April auf, besteht aber noch jetzt, dauert also schon 8 Wochen und ist mässig stark. Dabei klagt Patientin über Drängen nach unten und unbedeutende Kreuzschmerzen.

Status: Uterus normal gross, ohne Auflockerung und ohne Rauhigkeiten, retrovertiert, fixiert. Beide Douglasfalten empfindlich verdickt.

Diagnose: Retroversio uteri fixata. Parametritis posterior retrahens.

Frau Emma Sch. 40 Jahre alt.

Anamnese: Erste Periode mit 15 Jahren, regelmässig alle 28 Tage, 4—5 Tage dauernd, schwach. Verheiratet im Mai 1873. 16 Geburten, zwischen ihnen 6 Aborte. Die Geburten verliefen spontan. Bei einem Abort (von 3 Monaten) im Mai 1890 Ausräumung. Wochenbett normal. Bei einem andern Abort im Februar 1891 Auskratzung. Da 14 Tage später eine starke Blutung auftrat, wurde Patientin nochmals kürettiert. 6 Tage später bekam sie einen Ring: wie lange sie denselben getragen hat, ist nicht zu ermitteln. Letzte Entbindung am 14. November 1892, Geburt und Wochenbett normal. Vor 4 Wochen Abort (von 2 Monaten) mit Auskratzung. Vor 8 Tagen trat eine heftige Blutung auf, dabei starke Kreuzschmerzen. Sie wurde am nächsten Tage abermals kürettiert. Trotzdem blutet sie seit dieser Zeit kontinuierlich. Die Blutung ist mässig stark.

Status: Uterus etwas vergrössert, weicher als normal, ohne Rauhigkeiten, retroflektiert, Douglasfalten empfindlich verdickt.

Diagnose: Retroflexio uteri partim fixata. Parametritis posterior. Haemorrhagiae: Blutungen in der Subinvolutionsperiode bedingt durch Retoflexio.

Von den übrigen Lageveränderungen des Uterus kann noch die Inversio uteri Blutungen erzeugen. Meist

sind die Menses profus und langdauernd. Aber auch unregelmässige Blutungen sieht man bei dieser Lageanomalie, sie treten besonders gern nach körperlichen Anstrengungen auf.

Unter den Symptomen der Fibromyome des Uterus sind die Blutungen jedenfalls das häufigste und das wichtigste, hängen doch von ihnen zum grossen Teile Prognose und Therapie ab. Ihr Vorkommen und ihre Stärke richten sich wesentlich, abgesehen von der Grösse, nach dem Sitze der Geschwulst. Während bei subserös entwickelten und besonders bei gestielten Myomen Blutungen verhältnismässig selten vorkommen, trifft man sie am konstantesten und stärksten bei den interstitiellen und submucösen Formen. Man kann den Satz aufstellen: Je näher das Myom der Schleimhautoberfläche, desto stärker und häufiger die Blutungen.

Die Blutung stammt meist nicht aus dem Tumor selbst, da er selten grössere Gefässe besitzt, sondern meist blutarm ist. Vielmehr sind Veränderungen der Uterusschleimhaut gewöhnlich die Quelle der Blutungen. Hierbei kann es sich um eine rein mechanische Hyperämie handeln; meist kommt es jedoch durch den Reiz der Geschwulst zu entzündlichen Wucherungen des Endometrium.

Die Blutungen bei Uterusmyomen können so enorm sein, dass sie zu hochgradiger Anämie, ja selbst zum Verblutungstode führen. Meist treten sie Anfangs als Menorrhagien auf. Dabei können mit einem Male solch kolossale Mengen Blut abgehen, dass die Frauen mit Recht von einem Blutsturz sprechen. Oder die Kranken verlieren deshalb soviel Blut, weil die Periode abnorm lange anhält. Sehr häufig kehrt die Menstruation in immer kürzeren Zwischenräumen wieder, dabei dauert sie jedesmal länger, so dass schliesslich ein Zeitpunkt kommt, an dem die Frauen ununterbrochen bluten.

In anderen Fällen werden die Blutungen, nachdem

sie anfänglich an die Menstruation gebunden waren, mit der Zeit unregelmässig; sie können es aber auch schon von Anfang an sein. Man sieht sie dann besonders häufig nach körperlichen Erschütterungen irgendwelcher Art auftreten.

Die Menstruation ist bei Myomen ausserordentlich oft mit Schmerzen verbunden. Bei den subserös und interstitiell entwickelten Tumoren sind die Schmerzen mehr ziehend, bei den submucösen haben sie einen mehr wehenartigen Charakter.

Die Blutungen sistieren häufig mit Beginn des Klimakteriums, doch pflegt die Menopause viel später, als gewöhnlich, einzutreten.

Frau L. 45 Jahre alt.

Anamnese: Erste Periode mit 15 Jahren, regelmässig alle 28 Tage, 5 Tage dauernd, mässig stark, 1 Tag vorher und an den ersten beiden Tagen geringe Leibschmerzen. Verheiratet im Februar 1870. Zuerst 4 Geburten, dann 1 Abort, später noch 2 Entbindungen, sämtlich spontan verlaufen. Der blutige Wochenfluss dauerte nach jeder Entbindung 4 Wochen und war ziemlich stark. Zuletzt Abort (von 3 Monaten) im Dezember 1882, spontan. Hierauf hat Patientin 8 Wochen lang geblutet. Die Blutung war in den ersten 8 Tagen stark, später schwach. Seit mehreren Jahren bemerkt Patientin, dass die Periode immer stärker wird, und dass dabei Kreuzschmerzen und ziehende Schmerzen im Leibe auftreten. Seit 3 Jahren wird der intermenstruelle Zeitraum immer kürzer. Zuerst trat die Periode alle 3 Wochen ein, jetzt schon alle 14 Tage und ist enorm stark. Die früher geringen dysmenorrhoischen Schmerzen sind jetzt ausserordentlich heftig. Patientin klagt ausserdem seit einigen Jahren über Druck auf den Mastdarm, weisslichen Ausfluss und Reissen in beiden Beinen.

Status v. 25. Juli 1894: Portio hart. Bei der kombinierten Untersuchung fühlt man einen harten Tumor von gleichmässiger Oberfläche. Derselbe geht in den Cervix über und reicht nach oben hin bis fingerbreit unter dem Nabel.

Diagnose: Myoma uteri interstitiale.

Frau H. 45 Jahre alt.

Anamnese: Erste Periode mit 13 Jahren, alle 28 Tage, 8 Tage dauernd, mässig stark, ohne Schmerzen. Verheiratet 1874. Zuerst 4 normale Geburten. Dann 1 Abort (von 2 Monaten), spontan verlaufen. Hierauf 6 Wochen lang blutiger Wochenfluss. Hierauf 4 Geburten, letzte im Juli 1888. Patientin bemerkt seit einigen Jahren, dass die Regel immer früher kommt und stärker wird. Seit Januar dieses Jahres erscheint sie alle 3 Wochen, manchmal noch früher und ist in letzter Zeit ausserordentlich profus. Die vorletzte Menstruation war vor 14 Tagen zu Ende. Seit 8 Tagen blutet Patientin wieder ausserordentlich stark. Das Blut soll sehr unangenehm riechen.

Status: In der Scheide Blutcoagula, foetid riechend: Innerer Muttermund für 2 Finger durchgängig In der Vagina ein apfelsinengrosser, zum Teil verjauchter, zum Teil sehr harter polypöser Tumor, welcher am Fundus uteri inseriert.

Diagnose: Myoma uteri polyposum in vaginam natum.

Frau R. 47 Jahre alt.

Anamnese: Erste Regel mit 13 Jahren, regelmässig alle 30 Tage, 3—4 Tage dauernd, schwach. Verheiratet im Dezember 1874. Keine Geburt, kein Abort. Seit vielen Jahren kommt die Periode immer früher, und wird jedesmal stärker. Seit Anfang dieses Jahres erscheint sie alle 14 Tage und ist sehr profus, dabei hat Patientin heftige Leibschmerzen. Seit 6 Wochen kommt die Men-

struation alle 8 Tage, dauert auch länger als früher, so dass die Kranke jetzt fast ununterbrochen blutet.

Diagnose: Myoma uteri interstitiale.

Frau H. 44 Jahre alt.

Anamnese: Erste Periode mit 17 Jahren, regelmässig alle 28 Tage, 7 Tage dauernd. Nach der Verheiratung 3 normal verlaufene Geburten. Später war die Periode immer regelmässig, allerdings in den letzten Jahren an Stärke zunehmend. Im März dieses Jahres bekam Patientin eine kolossale Blutung, angeblich nach schwerer, körperlicher Arbeit, welche 5 Wochen dauerte. Das Blut war schwärzlich und stückig. 14 Tage später bekam sie abermals eine heftige Blutung, welche 4 Tage anhielt. Hierauf 4 Wochen Ruhe. Seit 3 Wochen blutet Patientin abermals stark. Ausserdem klagt sie über wehenartige Schmerzen im Leibe, welche sich während der Blutung bedeutend steigern.

Status: Portio klobig. Fundus uteri kleinkindskopfgross, gleichmässig hart. Innerer Muttermund für einen Finger durchgängig. Im Uterus sind schwammige Massen zu fühlen, die am Fundus inserieren. Diese bestehen, wie die mikroskopische Untersuchung ergiebt, aus fibromyomatösem Gewebe.

Diagnose: Myoma uteri submucosum et interstitiale.

Wir sehen aus dem Gesagten, dass man in der Gynäkologie Typen von Blutungen antrifft, und dass hierzu die Krankheiten des Uterus das Hauptkontingent stellen. Gewiss wird man im Allgemeinen bestrebt sein, durch genaue Untersuchung zur Diagnose zu gelangen. Ist dies aber nicht möglich, oder weigern sich die Frauen, sich einer gynäkologischen Untersuchung zu unterziehen, so ist man verpflichtet, ein möglichst genaues Krankenexamen anzustellen. Ermittelt man dabei, dass die Patientin über

Blutungen klagt, welche für eine bestimmte Krankheit charakteristisch sind, so ist damit immerhin ein Vorteil erreicht, der nicht unterschätzt werden darf.

---

Zum Schluss erfülle ich noch die angenehme Pflicht, Herrn Geheimrat Professor Dr. Olshausen für die gütige Ueberlassung des Materials, sowie Herrn Professor Dr. Winter für die Anregung zu dieser Arbeit und für seinen mir mit grosser Liebenswürdigkeit gewährten Rat meinen aufrichtigsten Dank zu sagen.

# Thesen.

I.

Bei Aborten ist im Allgemeinen die digitale Ausräumung dem Cürettement vorzuziehen.

II.

Es ist nicht zu empfehlen, bei Syphilis vor dem Auftreten von Sekundärerscheinungen eine Allgemeinbehandlung einzuleiten.

III.

Von der Behandlung tuberkulöser Gelenkaffektionen mittelst durch Umschnürung hervorgerufener Stauungshyperämie ist abzuraten.

# Lebenslauf.

Verfasser, Emil Graetz, Sohn des Kaufmanns M. Graetz, mosaischer Konfession, wurde am 10. Februar 1867 in Sommerfeld in Brandenburg geboren. Seine wissenschaftliche Vorbildung erhielt er bis zur Untersekunda auf der höheren Knabenschule zu Sommerfeld, von da ab auf dem Gymnasium zu Guben, welches er Ostern 1885 mit dem Zeugnis der Reife verliess. Er widmete sich 5 Jahre lang dem kaufmännischen Berufe und wandte sich alsdann dem Studium der Medizin zu, dem er ausschliesslich auf der Universität Berlin oblag. Im Jahre 1892 bestand er die ärztliche Vorprüfung, am 22. Januar des Jahres 1895 das Examen rigorosum.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kurse und Kliniken folgender Herren:

v. Bardeleben, v. Bergmann, du Bois-Reymond, Busch, Gerhardt, Guttmann, Hertwig, v. Hofmann(†), Klemperer, Kundt(†), Landau, Lassar, Levin, Martin, Mendel, Olshausen, de Ruyter, Schimmelbusch, Schulze, Schlange, Schweigger, Silex, Sonnenburg, Virchow, Waldeyer, Winter.

Allen diesen Herren, seinen hochverehrten Lehrern, spricht Verfasser seinen ehrerbietigsten Dank aus.